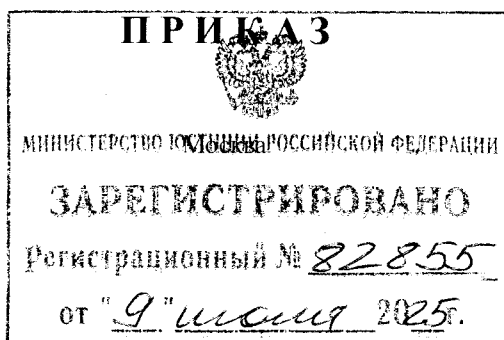




МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

15.05.2025



№ 279н

**О внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 г. № 44н**

В соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и подпунктом 5.2.136<sup>2</sup> пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608, п р и к а з ы в а ю:

Внести изменения в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 г. № 44н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2023 г., регистрационный № 73226), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 декабря 2023 г. № 701н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2023 г., регистрационный № 76489), от 14 февраля 2024 г. № 63н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2024 г., регистрационный № 78253), согласно приложению к настоящему приказу.

Министр

М.А. Мурашко

**Изменения, которые вносятся в Требования к структуре и содержанию  
тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства  
здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 г. № 44н**

1. В Требованиях к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 г. № 44н (далее – Требования), изложить в новой редакции:

1) в подпункте 5.2 пункта 5:

а) подпункт «в»:

«в) размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) в стационарных условиях и условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации<sup>10</sup> устанавливается не ниже минимальных размеров базовых ставок, используемых при формировании перечня групп заболеваний, состояний для оплаты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи<sup>4</sup>;»;

б) абзацы шестой и седьмой подпункта «г»:

«предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения,- независимо от возраста ребенка-инвалида) – 0,20;

при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения, – независимо от возраста ребенка-инвалида), получающих медицинскую помощь по профилям «детская онкология» и (или) «гематология», – 0,60;»;

2) подпункт 5.4 пункта 5:

«5.4. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара должны быть установлены сведения, указанные в пункте 5.1 Требований.».

2. В приложении к Требованиям:

1) изложить в новой редакции:

а) пункт 1:

«1. Доля лиц в возрасте от 18 до 39 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы.»;

б) пункт 3:

«3. Доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах или диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.»;

в) пункты 6 – 8:

«6. Доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование органов дыхания, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование органов дыхания.

7. Доля взрослых с болезнями системы кровообращения<sup>1</sup> с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий

и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний), состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<sup>1</sup> с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний).

8. Доля лиц 18 лет и старше, состоявших под диспансерным наблюдением по поводу болезней системы кровообращения, госпитализированных в связи с обострениями или осложнениями болезней системы кровообращения<sup>1</sup>, по поводу которых пациент состоит на диспансерном наблюдении, от всех лиц соответствующего возраста, состоявших на диспансерном наблюдении по поводу болезней системы кровообращения<sup>1</sup> за период.»;

г) пункты 22 – 24:

«22. Доля мужчин с подозрением на злокачественное новообразование предстательной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа мужчин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным злокачественным новообразованием предстательной железы.

23. Доля женщин с подозрением на злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, за период.

24. Доля женщин с подозрением на злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, за период.»;

2) дополнить пунктами 26 – 33 следующего содержания:

«26. Доля лиц в возрасте от 40 до 65 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы.

27. Доля экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в рамках диспансерного наблюдения, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья, летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.

28. Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.

29. Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к инвалидизации застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.

30. Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.

31. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, с последующим ухудшением состояния здоровья.

32. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, приведший к летальному исходу.

33. Доля застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с впервые выявленным диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения и получивших в течение трех рабочих дней консультацию врача-специалиста (фельдшера фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского пункта при условии возложения на него функции лечащего врача), от застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения (за исключением тех пациентов, которые направлены на лечение в стационарных условиях и в условиях дневного стационара).».